

Il / La sottoscritto/a Cognome _____
Nome _____
nato/a _____ provincia _____ il ___/___/___
codice fiscale _____
 recapito: via _____ comune _____ (____)
 recapito telefonico _____
Indirizzo e-mail _____,

DICHIARA

ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità amministrative e penali derivanti da dichiarazioni non rispondenti al vero, di essere

1) di essere FUNZIONARIO PRIVO DI INCARICO DI DSGA presente in graduatoria per la procedura valutativa di progressione all'area dei funzionari e dell'elevata qualificazione pubblicate, per la regione Calabria, con decreto prot. AOODRSI0036599 del 22 agosto 2024 dall'USR Sicilia.

Posizione n_____ punti _____

di essere attualmente in servizio come funzionario titolare di incarico di DSGA nella provincia di _____
presso l'istituzione scolastica _____

CHIEDE

€ l'assunzione dell'incarico *AD INTERIM* di D.S.G.A. presso l'I.C. Platì Careri De Amicis in sostituzione del titolare assente per un periodo continuativo fino al 03.12.2025

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Ai sensi degli artt. 46 ss. DPR n. 445/2000, consapevole che la presentazione di dichiarazioni mendaci comporta la decadenza dal beneficio e le responsabilità penali di cui all'art. 76 del medesimo decreto, **dichiara sotto la propria responsabilità:**

di aver di non aver riportato sanzioni disciplinari

(se *riportate,* *specificare* *le* *sanzioni)*

che **non sussistono cause di incompatibilità** con l'incarico di sostituzione del titolare di incarico di D.S.G.A.;

di appartenere ad una delle seguenti **categorie:**

1) personale inserito nella procedura valutativa per la regione CALABRIA di progressione all'area funzionari e dell'elevata qualificazione: posizione in graduatoria _____

2) assistente amministrativo **di ruolo** titolare per l'a.s. 2025/26 presso l'istituzione scolastica _____ di _____ (prov. _____) con n. _____ anni di anzianità di servizio nel profilo di assistente amministrativo e in possesso di Laurea magistrale in _____ oppure diploma di scuola secondaria di II grado

3) assistente amministrativo **di ruolo** titolare per l'a.s. 2025/26 presso l'istituzione scolastica _____ di _____ (prov. _____) beneficiario di:
seconda posizione economica . prima posizione economica . nessuna posizione
dall'a.s. _____ dall'a.s. _____ economica

4) personale inserito nella procedura valutativa per ALTRA REGIONE di progressione all'area funzionari e dell'elevata qualificazione: posizione in graduatoria _____

PER IL SOLO PERSONALE DI CUI AI PUNTI 2) E 3)

di possedere i seguenti **titoli di studio** e/o **competenze professionali** di cui alle Tabelle allegate al D.M. n. 74/2024:

Laurea V.O./specialistica/magistrale in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____

Laurea triennale in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____

Dottorato di ricerca in _____ in data _____ ciclo _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____

Diploma di specializzazione universitario di durata pluriennale in _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____

Diploma di perfezionamento post diploma o post-laurea, master universitario di I o II livello, corrispondenti a 60 CFU, conseguito presso _____ in data _____ con votazione _____

Certificato linguistico di livello B2 C1 C2 di lingua _____ rilasciato da _____ in data _____

Abilitazione all'esercizio della professione di commercialista revisore legale revisore contabile avvocato conseguita presso
 in data

Certificazione informatica rilasciata da _____ in data _____

Attestato di partecipazione a corso di formazione relativo al profilo di appartenenza di durata pari ad almeno 20 ore, rilasciato da in data

di avere prestato il seguente servizio in qualità di **D.S.G.A.** o **assistente amministrativo**
(indicare l'a.s., il profilo professionale, l'istituto, il giorno di inizio e fine del servizio)

PROFIL

_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI:

D.S.G.A. anni _____ mesi _____ giorni _____
 Assistente amministrativo anni _____ mesi _____ giorni _____

(Luogo e data)

(Firma del dichiarante)

NB: dichiarazione da presentarsi unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

Data _____

firma _____

N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'